

145

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Décembre 1900, à 1 h.

PAR

Paul GUNY

Né à Ercheu (Somme) le 25 octobre 1869

DE LA

DOULEUR DES ORTEILS

DANS LA CONVALESCENCE DE LA

Fièvre Typhoïde

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

Juges : MM. FOURNIER, Professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et WURTZ, agrégés.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU
	TILLAUD
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR LAVAUX

Professeur libre de Pathologie des voies urinaires
à l'Université de Paris.

A M. LE DOCTEUR MOIZARD

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

A M. LE DOCTEUR BRISSAUD,
mon Président de Thèse

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Professeur de l'Histoire de la Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

De la douleur des orteils dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Dans quatre cas de fièvre typhoïde qui ont été observés à peu près à la même époque, à l'hôpital Tenon, et que nous avons consignés dans ce travail (v. pages 35 à 49), à notre attention a été attirée d'une façon toute spéciale sur un symptôme qui ne nous a pas paru très fréquent et qui consistait surtout en de violentes douleurs, en élancements très pénibles au niveau des orteils.

Ce petit incident de la convalescence serait peut-être passé inaperçu, si son intensité n'avait créé pour les malades une véritable complication, un tourment de tous les instants, une cause d'insomnie et de préoccupations constantes. A côté de ce symptôme douloureux, banal en soi, on pouvait grouper d'autres petits symptômes accessoires, différents pour chacun de nos cas, et suffisants à notre avis pour permettre de les séparer les uns des autres et de les rattacher à des types cliniques mieux définis quoique non fréquents de complications de la fièvre typhoïde, telles que les complications névralgiques, médullaires ou artérielles.

Description du Symptôme

La douleur des orteils se fit sentir presque toujours avec les mêmes caractères dans les 4 observations inédites de cette thèse comme dans celles que nous avons trouvées dans les auteurs. Le début fut généralement insidieux, l'intensité progressivement croissante. Ce furent d'abord des fourmillements, des picotements, dont les malades se plaignaient, puis bientôt ils accusèrent des élancements d'abord très espacés, ensuite beaucoup plus fréquents. Ces douleurs d'abord diurnes ne tardèrent pas à devenir également nocturnes, elles s'accompagnèrent d'une façon précoce d'une hyperesthésie extrême des téguments des orteils, à tel point que le contact des draps devint une cause permanente de douleur pour les malades et que ceux-ci firent prendre à leurs membres inférieurs une série de positions spéciales pour éviter tout frôlement.

D'ailleurs l'hyperesthésie sembla bien dépasser les téguments, et les plans profonds furent également intéressés. La douleur spontanée était, en effet, notablement exagérée par les mouvements, par la palpation, et la moindre pression sur les orteils, particulièrement sur leur extrémité,

provoquait chez les malades une souffrance très intense qui leur faisait parfois pousser des cris. C'est surtout la phalange unguéale qui était douloureuse, sans que l'on puisse dire exactement si l'hypéresthésie portait davantage sur ses parties latérales ou ses faces dorsale ou palmaire.

Disons d'ailleurs que si la douleur provoquée était si nettement localisée, sauf dans un des 4 cas où on pouvait la produire jusqu'au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne, les douleurs spontanées, au contraire, les élancements, les fourmillements l'étaient infiniment moins, et s'il est vrai qu'ils prédominaient de beaucoup au niveau des orteils, ils n'en existaient pas moins en divers points variables des membres inférieurs.

Dans toutes les 4 observations, la douleur fut bilatérale, sinon d'emblée, du moins consécutivement. Nous insistons sur ce point, car nous pensons qu'il peut avoir une certaine importance pour l'interprétation pathogénique du symptôme. Notons aussi que la sensibilité des téguments, si nous en exceptons l'hypéresthésie douloureuse dont nous avons déjà parlé, était normale dans tous ses modes.

Le moment d'apparition des symptômes douloureux fut à peu près le même dans tous les cas, et il fut généralement constaté du 25^e au 30^e jour après le début de la maladie, au moment de l'apyrexie complète, sauf dans un cas où le malade s'en plaignit quelques jours avant la chute de la température, mais déjà à un moment où les symptômes généraux étaient devenus excellents et où l'on pouvait considérer l'évolution morbide comme presque ter-

minée. A côté de cette douleur violente des orteils on put, ainsi que nous l'avons déjà dit, observer des symptômes accessoires que nous allons maintenant analyser.

La jeune femme de l'observation n° I eut en permanence une sorte de contracture des tendons extenseurs des orteils qui faisaient une saillie anormale sous les téguments et attiraient les orteils vers la face dorsale, du moins pour leur première phalange, les deux dernières semblant, au contraire, plutôt devoir être considérées comme contracturées en flexion.

La palpation des tendons extenseurs n'était pas douloureuse, et l'on pouvait malaxer les masses musculaires de la jambe et de la cuisse sans provoquer la moindre douleur. Malgré l'amaigrissement considérable, la malade remuait très facilement ses membres inférieurs et n'accusait aucune sensation de lourdeur. Les réflexes rotuliens étaient très notablement affaiblis ; la température locale ne semblait pas modifiée, enfin l'on ne constatait ni œdème, ni troubles trophiques. Les douleurs conservèrent leur intensité pendant environ 3 semaines, elles ne furent aucunement influencées par une rechute qui se produisit quelques jours après leur début et tendirent à disparaître pour ainsi dire spontanément sans que l'on puisse affirmer la date exacte de leur disparition complète, la malade ayant quitté l'hôpital en cours de traitement.

Dans l'observation II, les orteils sont plus nettement contracturés en flexion que dans la précédente. La

température locale semble abaissée. Provoquée avec la pointe d'un crayon, la douleur présente un maximum à l'extrémité de la phalange unguéale, mais nous la retrouvons aussi très nettement au niveau des articulations phalangiennes. Dans ce cas, les réflexes patellaires sont normaux, bien que notre malade soit également très émacié ; nous ne constatons pas non plus de douleur provoquée le long des vaisseaux ni à la pression des masses musculaires. Quelques jours après le début des symptômes douloureux, la prédominance s'installa au niveau du gros orteil, et on put provoquer de la douleur le long du 1^{er} métatarsien avec un maximum au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne. Les élancements reprirent de l'intensité lorsque le malade voulut se lever, mais bientôt ils disparurent, remplacés par une sensation d'engourdissement et des fourmillements qui ne persistèrent pas bien longtemps.

L'observation III diffère fort peu de la précédente, si ce n'est par la date d'apparition précoce des douleurs que le malade accusa trois ou quatre jours avant l'apyrexie. En outre, nous voyons que dans ce cas il y a prédominance de la douleur pour le côté droit et que le malade se plaint beaucoup moins d'élancements que de crampes et d'une sensation de constriction insupportable.

Dans *l'observation n° IV*, la douleur se présente avec des caractères un peu spéciaux. Tout d'abord, elle prédominait au niveau du pied gauche, le 4^e orteil était beaucoup plus douloureux que les autres et la douleur s'é-

tendait jusqu'à la racine de l'orteil. En outre le malade accusait une sensation d'engourdissement dans tout le membre inférieur gauche, se plaignait de douleurs à la partie antéro-interne de la cuisse, au niveau de la région du paquet vasculaire, et pour calmer ses douleurs il appuyait lui-même avec sa main sur la face antérieure de la cuisse. Les mouvements spontanés ou provoqués ne sont pas douloureux, sauf pour le 4^e orteil, cependant le malade accuse une sensation de lourdeur de tout le membre. On constate quelques marbrures sur la face dorsale du pied gauche, qui est d'ailleurs nettement plus froid que le pied droit. Lorsque le sujet commence à se lever, il souffre davantage des cuisses que des orteils, mais au bout de quelques jours la douleur reparaît dans ceux-ci et s'installe aux deux pieds pour disparaître deux ou trois jours après. Cependant quand le malade quitte l'hôpital, il a conservé un peu de sensibilité à la pression au niveau de l'extrémité des orteils avec prédominance notable pour le gros orteil et le 4^e orteil du pied gauche qui furent pris tout d'abord,

Dans ces cas, comme dans les observations empruntées à Durdos (1) et à Barié (2), l'évolution fut très bénigne, mais la douleur des orteils peut quelquefois être le prélude d'une série de symptômes beaucoup plus graves, tels qu'accidents myélitiques et symptômes paralytiques, comme dans les cas que nous avons empruntés à Raymond (3) et qui sont

(1) Thèse de Paris, 1875.

(2) Barié. — *Revue de Méd.*, 1884.

(3) Raymond. — *Revue de Méd.*, 1885.

reproduits dans la thèse de son élève Maillefaire. Mais malgré la bénignité extrême que nous relevons dans les observations relatées ci-dessous, il n'en est pas moins vrai que les malades présentaient bien des analogies avec les cas publiés par Barié et par Raymond et nous pensons qu'il ne manque pas d'intérêt de rechercher quelle pouvait être la cause de cette douleur des orteils qui fut de tous les symptômes le seul constant et celui sur lequel l'attention fut sans cesse attirée par les malades.



Etiologie

Remarquons tout d'abord que dans tous les cas que nous rapportons, la complication fit son apparition au moment de la convalescence. D'ailleurs, depuis longtemps, on a remarqué que c'est à cette époque que l'organisme fatigué par la longue et pénible lutte qu'il vient de soutenir est en état de moindre résistance et permet la manifestation de diverses complications. « Ces phénomènes, dit Tocito (1) à propos des contractures, se produisent au moment où les malades commencent à se nourrir, alors que les points qui ont souffert, tendant à se régénérer, deviennent plus irritables aux moindres excitations tels que les mouvements dont les malades avaient l'habitude. » — Au moment de la convalescence, dit Grellety (2), il doit se produire dans les organes des phénomènes de réparation qui les rendent très accessibles aux excitations parties des extrémités. Les muscles étant altérés, les malades qui commencent à agir, peuvent par les mouvements qu'ils exécutent, réveil-

(1) Tocito. — Thèse, 1876, Paris.

(2) Grellety. — La fièvre typhoïde, 1883, Paris.

ler les douleurs dans ces organes et ces douleurs, à leur tour, retentissant sur la moelle. provoquent une contraction réflexe et symétrique. » Certains auteurs ont cependant observé ces phénomènes au début de la maladie. — Murchison (1) dit, en effet, que des douleurs dans les membres et dans le dos accompagnent ordinairement le début de la maladie. Pour Murchison, de même l'hyperesthésie cutanée peut survenir dans la première semaine de la maladie

Elle serait principalement observée sur l'abdomen et les extrémités inférieures et suivrait toujours une marche ascendante, le plus léger attouchement sur les parties affectées faisant crier le malade, et une grande sensibilité existant aussi dans la plupart des cas sur les vertèbres cervicales ou dorsales. « Elles sont, dit cet auteur, plus marquées dans les extrémités inférieures. J'ai vu, dans quelques cas, que les douleurs dans les membres prenaient un caractère névralgique et empêchaient de dormir, tandis que dans d'autres, elles sont articulaires, et peuvent tout d'abord faire croire à un rhumatisme. »

Pour ce qui est de l'influence du terrain sur le développement de la complication, les 4 cas furent trop dissimilaires pour nous donner des renseignements valables. Cependant nous ne pouvons aller aussi loin que Grellety et dire que l'âge des malades, leur tempérament ne paraissent avoir aucune influence sur le genre de ce symp-

(1) Murchison. — *Traité de la fièvre typhoïde* (trad. Lutaud, 1878).

tôme, ce phénomène est produit par la maladie elle-même, par la forme qu'elle a affectée et nullement par l'influence personnelle du malade. Sur les quatre cas qui ont été observés, 3 malades avaient moins de 20 ans. D'ailleurs, Grellety dit, lui-même, que les femmes et les jeunes sujets sont particulièrement exposés à de l'hyperesthésie très appréciable sur l'abdomen et les extrémités inférieures, le plus léger attouchement sur les parties affectées pouvant faire crier les malades. Suivant Murchison l'hyperesthésie des téguments est plus commune chez les enfants et chez les femmes. Cependant elle ne serait pas un symptôme fréquent, puisqu'il n'a pu l'observer que sur 5 0/0 des malades de son service. « La névralgie et l'hyperesthésie siégeant dans différentes parties du corps sont des complications plus rares dans la fièvre typhoïde que dans la fièvre relapse, mais elles ont été observées par Nothnagel (1872) et plusieurs autres auteurs. » (Murchison).

Depuis que notre attention a été attirée par la douleur des orteils, il ne nous a pas été donné de l'observer dans d'autres maladies aiguës que la fièvre typhoïde, cependant avec l'autorité de Murchison, nous pouvons admettre qu'elle est susceptible d'exister dans certaines autres pyrexies. Cet auteur la considère comme fréquente dans ce qu'il appelait la fièvre relapse ; en outre, dans son traité du typhus exanthématique il dit que parfois l'on rencontre de l'hyperesthésie, le malade tressaillant ou poussant des cris au moindre contact ou au moindre mouvement des draps. « Parfois, dit cet auteur, le malade se plaint de

grandes douleurs dans les pieds et les jambes, douleurs qui ont presque un caractère névralgique et qui doivent toujours attirer l'attention, car elles précèdent souvent la phlegmatia alba dolens, la gangrène des pieds ou la paralysie. »

Griesinger considère que les névralgies comme les autres affections du système nerveux, les paralysies, les troubles psychiques, sont très fréquents dans toutes les maladies infectieuses. Pour lui, l'hyperesthésie serait moins fréquente que l'anesthésie qui siégerait d'ailleurs également aux extrémités inférieures, persistant parfois, pouvant augmenter peu à peu avec le temps et pouvant même intéresser les mains. Pour lui ces troubles sensitifs ne seraient souvent que l'expression des altérations du système nerveux qui se sont produites pendant le cours de la maladie; mais parfois aussi ils apparaîtraient dans la deuxième période ou dans la convalescence avec un retour du mouvement fébrile. On pourrait voir, suivant cet auteur, que beaucoup de malades se plaignent d'insensibilité des pieds non pas au début de l'amélioration, ni même au début de la convalescence, mais plus tard, lorsque déjà une petite récurrence appréciable s'est produite avec ou sans mouvement fébrile.

Si la fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie aiguë susceptible de provoquer ces accidents, il semble en revanche que l'intensité de la pyrexie puisse être un facteur important. Trousseau avait déjà remarqué que ce n'est pas indifféremment que se développent les symptômes spinaux de la

dothiésentérie. « C'est chez les enfants, les jeunes femmes, les individus *anémiés* que la moelle épinière paraît surtout disposée à être gravement frappée par la maladie. » De même Tocito dit que la contracture des extrémités survient au moment de la convalescence presque toujours sur des sujets qui ont éprouvé pendant le cours de la maladie des phénomènes nerveux et surtout des soubresauts des tendons et de la carphologie. Raymond note aussi la gravité de la maladie dans les cas que nous lui avons empruntés. Des phénomènes nerveux n'ont été constatés que sur deux des 4 malades, mais nous devons noter que dans trois cas, on put observer une rechute.

Peut-on, d'autre part, incriminer le traitement ? Rathery dit à propos de la contracture des extrémités « Ces accidents semblent se développer sous forme de petites épidémies qu'on a pu rapporter ordinairement aux influences atmosphériques extérieures (température froide et humide (1). » De sorte que nous pourrions penser à l'influence possible de la balnéothérapie et croire avec Grellety que « l'abus fait des bains froids et des lotions froides permet d'attribuer à ces pratiques l'apparition ou le retour de douleurs articulaires, de rhumatismes aigus ou subaigus ; » mais dans les cas que nous rapportons les traitements furent différents. Il n'y eut pas partout traitement par les bains froids ou refroidis, aussi pensons-nous qu'il n'y a pas lieu, du moins pour les cas spéciaux que nous étudions,

(1) Rathery, thèse d'agrégation, 1875.

de voir le moindre rapport entre la complication douloureuse des orteils et le traitement balnéothérapique.

En somme nous voyons que de tout cela il est difficile de tirer une conclusion étiologique et nous dirons avec M. le Professeur Landouzy que « vraisemblablement ces raisons pourraient se trouver dans la dose de l'agent morbide, dans ses affinités pour tel ou tel système anatomique, dans la manière de réagir du malade, dans les susceptibilités héréditaires ou acquises de son système nerveux, dans certaines opportunités morbides générales ou locales, créées de date récente ou ancienne. »



Pathogénie

Nous abordons maintenant le problème pathogénique qui est certes de beaucoup le plus délicat dans la question que nous nous sommes proposé d'étudier. Nous allons passer rapidement en revue les causes possibles de la douleur des orteils pour nous arrêter davantage sur ses causes probables.

Des *myalgies*, en effet, auraient pu nous donner à peu près les mêmes symptômes, mais dans ce cas la douleur est localisée à des masses musculaires, elle est inégalement répartie dans le membre et non persistante à l'extrémité du pied. Dans les cas de Tenon, en outre, on pouvait malaxer les masses musculaires sans provoquer d'exacerbation douloureuse manifeste, alors qu'elle prenait une acuité très nette quand on opérait une pression sur les orteils et, dans les observations de M. Barié, comme dans la 4^e de Tenon, quand on pressait le long des vaisseaux artériels. Ajoutons aussi que, dans la myalgie, il n'y a pas de modification de la température locale, ni troubles de la sensibilité générale, tels qu'anesthésie ou hyperesthésie cutanée, sensation de refroidissement, de fourmillements aux extrémités, etc.

Nous insisterons moins encore sur les *myosites* qui intéressent la cuisse bien plus souvent que l'extrémité inférieure

du membre. La *phlegmatia alba dolens* est susceptible de donner des névralgies. Mais bientôt on voit survenir une tuméfaction œdémateuse du membre, une véritable infiltration. La peau, blanc mat, garde l'empreinte du doigt et parfois l'oblitération veineuse peut se terminer par la gangrène humide.

Nous croyons pouvoir aussi éliminer la *lymphangite* avec ses cordons rougeâtres et noueux, ou sa rougeur et sa douleur diffuses et ses adénopathies secondaires.

La localisation de la douleur au niveau des phalanges nous a fait penser à la possibilité d'une *ostéite* ou d'une *ostéo-périostite* à forme atténuée. Chantemesse a en effet montré que la moelle des os est un des habitats de prédilection du bacille typhique. Signalées autrefois par Chassaignac et Maisonneuve, étudiées depuis par Keen (1877), les ostéo-périostites sont surtout des accidents de la convalescence (Chantemesse et Widal, Klemm); ils peuvent même apparaître à une époque plus reculée encore. L'ostéo-périostite frappe principalement les os longs et de préférence le tibia; mais les os plats (Quincke, Helferich, Sultan) et les os courts peuvent aussi être atteints. Elle est aussi souvent multiple et symétrique. Elle s'observe de préférence chez les enfants ou encore de 20 à 25 ans, chez les sujets débilités et lymphatiques. Négligeons les formes aiguës suppurées, qui s'accompagnent de phénomènes généraux et locaux, aboutissant à la suppuration en une à quatre semaines; laissons de même les formes chroniques, ou bien la forme suppurée, à début tardif, à évolution lente,

avec un minimum de symptômes inflammatoires comme dans les abcès froids, ou bien la forme non suppurée précédant par poussées intermittentes et aboutissant à la formation d'exostoses, pour ne considérer que la forme bénigne, rhumatoïde, se terminant spontanément par résolution. Dans cette forme, suivant M. le Professeur Hutinel (1), la périostite est circonscrite et ne produit aucun symptôme fébrile sérieux. Elle est simple et dure peu. Elle ne laisse aucune trace, il ne reste pas de gêne des mouvements, ni de douleur spontanée; le périoste a seulement été enflammé. Mercier admet que la périostite, lorsqu'elle ne naît pas spontanément, du moins en apparence est plus ou moins en rapport avec quelque traumatisme : « Les points atteints, dit cet auteur, sont précisément ceux qui sont continuellement foulés, froissés et comprimés (2). » Or, nous pouvons peut-être prendre en considération pour les cas que nous rapportons, le traumatisme léger, il est vrai, et certainement banal, mais incessant, provoqué par le poids des draps sur les orteils de nos malades. Cependant il ne faut probablement pas attacher trop d'importance au traumatisme, car ainsi que le Professeur Hutinel le fait remarquer, il n'y a souvent pas de cause appréciable, fréquemment le traumatisme invoqué par Mercier fait défaut, et il faut peut-être dans beaucoup de cas attacher plus de valeur à l'influence du développement des os. Mais nous

(1) Hutinel. Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation, 1883.

(2) Mercier. Périostite dans la fièvre typhoïde (Revue mensuelle, janvier 1879),

n'avons trouvé nulle part signalée la localisation de l'ostéo-périostite aux phalanges des orteils. Ce sont, en effet, ordinairement les points superficiels des os longs qui sont exposés à l'inflammation périostique, bien que Lévesque (1) ait rapporté un cas d'exostose située au-dessus de la malléole interne gauche, l'autre au-dessus du condyle interne du fémur. En somme nous croyons ne pas devoir rattacher la douleur de nos malades au développement d'une ostéo-périostite même légère, bien que dans cette maladie on observe constamment une douleur sourde qui devient bientôt lancinante et est exaspérée par la pression et se rapproche en somme de celle que nous rapportons.

En effet, cette douleur ne fut pas à notre avis, suffisamment localisée pour pouvoir être considérée comme dépendant d'une lésion osseuse et son siège trop étendu, sa bilatéralité avec l'évolution bénigne nous paraissent suffisants pour écarter l'idée d'ostéo-périostite.

Dans tous les cas les articulations phalangiennes furent douloureuses, devons-nous pour cela penser aux *arthrites* avec propagation douloureuse ? Ollier, dans le paragraphe consacré à l'arthrite survenant dans les convalescences des fièvres graves (Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales), relève l'influence de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la dysenterie, du typhus, mais pas de la fièvre typhoïde. Bonnet (2), dans sa thèse, rapporte 3 cas d'arthrites survenues à la suite de la fièvre typhoïde. Cet

(1) Lévesque. Th. Paris, 1879.

(2) Bonnet. Thèse Paris, 1878.

auteur insiste sur ce point qu'elles parurent liées à la scrofula, mais on pourrait se demander s'il n'y a pas eu simple coïncidence et non rapport de cause à effet. Grellety pense que l'usage des bains froids ou des lotions froides peut jouer un grand rôle dans l'apparition des douleurs articulaires. Déjà Bouillaud avait signalé autrefois les arthrites typhiques, plus récemment elles ont été étudiées par Roser, A. Robin et Lannelongue.

Les arthrites typhiques ne sont d'ailleurs pas fréquentes surtout avec cette bénignité à la fin de la maladie, et suivant M. G. Lemoine, à cette époque on observe bien plutôt les arthrites suppurées, manifestation de la pyémie. Rarement l'arthrite est localisée, elle est généralement polyarticulaire, d'où le nom de polyarthrite typhique subaiguë qu'on lui donne généralement et qui n'est qu'une des nombreuses variétés de ces pseudo-rhumatismes infectieux étudiés par M. le Dr Bourcy dans sa thèse. La polyarthrite typhique subaiguë, survenant au 2^e ou 3^e septénaire, se manifeste d'abord par des douleurs très vives dans la continuité des membres, douleurs qui se localisent ensuite dans les jointures et disparaissent au bout de quelque temps. Parfois on observe des douleurs articulaires vives qui irradiant dans les muscles, sans rougeur ni gonflement (forme arthritique de Bazin), les articulations ne sont pas tuméfiées et il s'agit d'une simple arthralgie généralisée (1).

(1) Potiers. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1894,

A l'ostéite et à l'arthrite on pourrait peut être joindre la *lorsalgie*, cette affection à pathogénie obscure, qui relève parfois de lésions osseuses, ou de lésions articulaires, ou de simples tiraillements ligamenteux. Mais la localisation de la douleur au niveau des orteils ou tout au moins sa prédominance ailleurs qu'aux articulations du tarse, son intermittence, sa bilatéralité, le peu d'action de la station debout ou du décubitus sur son intensité nous paraissent suffisants pour éliminer cette affection.

» *Les coagulations sanguines* dans les troncs veineux, dit Grellety, peuvent entraîner à leur tour des élancements douloureux, conséquence de la compression des nerfs satellites par les veines oblitérées ». Nous avons dit plus haut pourquoi nous éliminons les coagulations veineuses, mais nous pensons que les *thromboses artérielles* doivent davantage attirer l'attention.

« Dans le décours ou la convalescence de la fièvre, dit le professeur Dieulafoy, la maladie ayant été intense ou bénigne, une douleur plus ou moins vive apparaît au pied, au mollet, au creux du jarret, au triangle de Scarpa, à la main, au bras, au creux axillaire. Cette douleur n'est pas accompagnée d'œdème comme dans la phlébite, elle suit parfois le trajet de l'artère enflammée. Quand l'artère est accessible au toucher, on suit sa transformation en un cordon induré. Les battements artériels diminuent et disparaissent. Le membre dans sa totalité subit un gonflement dur qui n'est pas de l'œdème (Rendu, Clin. Méd., 1890). La peau qui correspond au territoire desservi par l'artère oblitérée se

refroidit, se marbre de plaques violettes, les douleurs continuent à être extrêmement vives et si la perméabilité du vaisseau ne se rétablit pas, on assiste à la formation d'une gangrène sèche (cas de Bourgeois, Patry, Hayem, Lereboullet, Richard). »

Tous les auteurs admettent cette artérite oblitérante des typhiques dont on a signalé d'assez nombreux cas, et nous sommes déjà loin du temps où à propos d'un cas présenté par M. Bourgeois devant la Société de médecine, Béhier discutait la question de l'artérite, niait l'influence de la fièvre typhoïde et émettait l'opinion qu'il s'agissait seulement d'une oblitération artérielle. Mais il est une variété moins connue de cette affection, qui a été bien décrite par Monsieur Barié (1) sous le nom d'*artérite typhoïde pariétale* et dans laquelle nous pouvons faire rentrer au moins un des 4 cas.

L'artérite pariétale débute pendant la convalescence de la dothiéntérie, mais son apparition semble plus tardive que celle de l'inflammation artérielle oblitérante, le début le *moins reculé* s'est manifesté le 22^e jour, le plus reculé ne s'est montré que le 58^e jour de la fièvre typhoïde. Les membres inférieurs ont seuls été intéressés ; 7 fois sur 10 l'affection a été unilatérale.

La première manifestation clinique est la douleur, généralement moins vive, moins aiguë que dans l'inflammation suivie d'oblitération. Localisée nettement sur le trajet des

(1) Barié, — Revue de Médecine, 1884.

artères, elle occupe une étendue variable, quelquefois de la fosse iliaque à l'extrémité des orteils, mais plus souvent limitée dans un espace plus restreint.

Dans quelques cas, où l'artérite a occupé les deux membres inférieurs, il est rare que la douleur ait été double d'emblée. Dans les cas où la douleur s'est montrée double dès le début, il existait toujours un côté dans lequel le phénomène était plus accusé. En outre, il peut exister une certaine symétrie dans les deux foyers douloureux.

Dans la majorité des cas, on constate une diminution très sensible dans l'intensité des pulsations artérielles ; on peut même cesser momentanément de les percevoir, mais chez certains malades la disparition des battements vasculaires peut être précédée d'une exagération considérable de leur amplitude. Il faut encore signaler comme manifestation de l'artérite au début, un gonflement en masse du membre affecté ; les parties molles restent lisses, sans trace d'œdème, sans rougeur. Ce gonflement persiste pendant quelques jours et disparaît peu à peu à mesure que la douleur diminue et que les battements vasculaires réapparaissent. Dès les premiers jours de l'affection on trouve fréquemment une sensation de froid, à la palpation, mais le fait n'est pas général et, dans 3 cas, la région intéressée loin d'être refroidie avait une température supérieure de plusieurs dixièmes de degré à celle du membre sain.

Un des principaux caractères de l'artérite pariétale est l'absence de tout cordon induré sur le trajet du vaisseau. Est-ce à dire qu'il ne se produit aucune coagulation intra-

artérielle ? Il est difficile de répondre en l'absence d'autopsie démonstrative, toutefois s'il se fait des caillots, ils doivent être d'un très petit volume, car ici le processus phlegmasique est réduit à son degré le plus simple et, en tous cas, ces coagulations non perceptibles à la palpation ne sauraient avoir aucune influence sur l'évolution de l'affection artérielle. La marche est assez rapide, la durée moyenne est de 15 jours environ, cependant il persiste fréquemment un peu de gêne, de la lourdeur, de la fatigue dans un membre, surtout après la marche. Néanmoins ce reliquat disparaît et la guérison définitive sous la seule influence du repos au lit est la terminaison de la maladie. Chez quelques sujets indociles, quittant leur lit trop tôt, ou qui, à peine guéris, se soumettent à des fatigues exagérées, on voit parfois survenir une sorte de rechute avec répétition plus ou moins durable des accidents du début. Ces rechutes n'ont aucune gravité, le repos complet suffit pour faire rentrer tout dans l'ordre au bout de quelques jours.

Tandis que, pour l'artérite oblitérante, il est de toute évidence que le sang devient un des véhicules principaux des agents toxiques, d'où il résulte un travail d'irritation lente, mais permanente et progressive sur les parois artérielles, qui aboutit à l'inflammation de celles-ci, pour les cas d'artérite pariétale. qui ne sont qu'une variété très atténuée de l'artérite oblitérante, il y a lieu, outre un élément irritatif local, de tenir grand compte des troubles profonds de l'innervation vaso-motrice. Déjà Estlander, dans son mémoire sur la gangrène des extrémités dans le typhus exanthé-

matique, avait remarqué que, à côté des faits de sphacèle causé par la thrombose des gros troncs artériels, il en est d'autres qu'on ne peut rapporter qu'à un spasme vaso-moteur provoqué par l'infection du sang.

Fernet (France médicale, 1883) est revenu sur ce point et attache aussi une grande importance au spasme vasculaire dans un cas qu'il présenta à la Société clinique et où il disait que sa malade ressentait au lever des fourmillements dans les doigts, alors que le sang se retirait graduellement de la pointe vers la racine des orteils et que les fourmillements ne cessaient que quand la circulation paraissait se rétablir.

« Ainsi, dit Barié, pour l'interprétation particulière des faits groupés sous le nom d'artérite pariétale, il faut tenir compte d'une part d'une perturbation vaso-motrice locale considérable, en second lieu d'un travail phlegmasique par irritation des parois artérielles, le tout sous l'influence de l'infection du sang. La part que prennent ces deux facteurs dans la production des accidents est inégale, et la plus grande revient sans doute aux troubles d'innervation ». Il y aurait en un mot une sorte de parenté entre cette affection et la maladie de Raynaud (asphyxie locale et symétrique des extrémités), et avec l'affection décrite par Sigeron et Duchenne sous le nom de paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs.

Mais si les nerfs sont susceptibles de provoquer de la douleur par l'intermédiaire des artères, ils peuvent aussi réagir pour leur compte et provoquer des *névralgies*, c'est-

à-dire des douleurs plus ou moins vives et soudaines dans leur apparition, paroxystiques, intermittentes ou rémittentes, se faisant sentir sur le trajet d'un tronc ou d'un rameau nerveux sensitif, avec un maximum au niveau de certains points où la pression exaspère la souffrance.

La névralgie se manifeste, en général, brusquement par l'explosion soudaine d'une vive douleur qui présente d'emblée toute son intensité, parfois cependant elle est précédée par des signes avant-coureurs, tels que de légers tiraillements, des picotements, des fourmillements, une sensation anormale de froid dans la région qui sera le siège du mal. La douleur occupe le premier plan, le malade la compare à une sensation de déchirure, d'arrachement, de morsure, de piqûre, elle est parfois lancinante, incisive et térébrante, plus rarement elle provoque une sensation de vive douleur. Elle est continue ou bien elle est constituée par une série d'élancements, de secousses, se succédant à intervalles très courts, mais appréciables. Elle est ressentie tantôt à la surface des téguments, tantôt dans la profondeur : le malade la localise parfois dans les os. Son intensité varie d'un moment à l'autre ; lorsqu'elle atteint son plus haut degré de violence, elle peut devenir atroce et arracher des cris aux malades les plus courageux.

La souffrance est exaspérée par les mouvements et en particulier par ceux de la région malade. Le même effet est produit par l'impression du froid et parfois de la chaleur, par une mauvaise position du membre, par la pression ou par un simple frôlement de la peau. Exceptionnellement

le mouvement soulage les malades, quelques-uns atténuent leurs douleurs par une compression énergique des parties atteintes, comme si cette pression avait pour effet de supprimer momentanément la conductibilité du nerf. Parfois l'on trouve des troubles vaso-moteurs et sécrétoires : les téguments peuvent pâlir dès le début de l'accès ; en même temps le malade éprouve dans les parties atteintes des horripilations, une sensation anormale de froid. Bientôt la douleur disparaît pour faire place à une rougeur progressivement croissante, qui devient plus ou moins vive et s'accompagne parfois d'une tuméfaction des téguments ; ceux-ci deviennent alors le siège d'une sensation de chaleur et leur température s'élève parfois de quelques dixièmes de degré. Les troubles moteurs qu'on a parfois l'occasion d'observer pendant les accès consistent surtout en tremblements, en secousses musculaires, en convulsions toniques et cloniques.

L'accès dure un temps variable, il prend fin subitement et diminue peu à peu d'intensité laissant au malade une véritable sensation de bien être. Le retour des accès se fait spontanément ou bien est provoqué par un mouvement du malade, par une irritation cutanée, par l'action du froid, par une émotion. Nous n'insistons pas sur les points douloureux de Valleix, car chez nos malades un seul fut constamment net, ce fut le point où les rameaux terminaux des nerfs collatéraux des orteils viennent s'épuiser dans la peau (point d'expansion terminale). Tantôt l'étude de la sensibilité cutanée dénote des paresthésies, des sensations anormales d'engourdissement, de picotement, de fourmil-

lement, d'autant plus nettement perçues que la douleur est moins vive. Tantôt on constate de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie dans la sphère de distribution du nerf affecté. L'hyperesthésie s'accompagne souvent d'hyperalgésie, d'une véritable dermalgie ; non seulement les simples contacts, le chaud, le froid, sont ressentis plus vivement que dans la région homologue du côté sain, mais encore ils provoquent parfois l'explosion d'une véritable douleur.

De même l'anesthésie, phénomène plus rare et généralement plus tardif (Nothnagel) est quelquefois accompagnée d'analgesie. Dans les névralgies intenses et de longue durée on observe quelquefois un certain degré de faiblesse musculaire qui peut aller jusqu'à la paralysie, sans que les fibres musculaires soient notablement atrophiées.

Cette parésie ne doit pas être confondue avec l'immobilité ou la crainte des mouvements due à la douleur. Le plus souvent la guérison survient en quelques jours ou en quelques semaines ; l'anesthésie ou l'hyperesthésie cutanée, les convulsions réflexes disparaissent en même temps que la douleur, sans laisser de traces. Dans certains cas l'affection passe à l'état chronique, mais après avoir passé par un certain nombre de périodes de rémission et d'exacerbation, la névralgie peut arriver à guérir, soit que sa cause première cesse d'agir, soit que la lésion pathogène entraîne par ses progrès la perte des fonctions du nerf ou de son noyau d'origine avec ses conséquences : anesthésie et paralysie.

Lorsque les névralgies évoluent de cette façon et abou-

tissent à la paralysie, on admet qu'elles sont sous la dépendance de lésions de nerfs périphériques. Eisenlohr, Bernhardt en ont donné une démonstration anatomique, en montrant soit un exsudat séreux dans le névrilème, soit des lésions de névrite perenchymateuse. D'autre part, les recherches de Pitres et Vaillard (Rev. Méd. 1885) établissent d'une manière certaine la réalité des altérations des nerfs et démontrent à n'en pas douter que ces paralysies sont dues à une névrite périphérique. Mais de simples troubles circulatoires, anémie ou congestion, des troncs nerveux ont été accusés de produire des névralgies, comme phénomènes secondaires provoqués par les maladies générales. La congestion siègerait soit dans les vaisseaux du névrilème qui pourraient à la longue devenir variqueux, soit dans les capillaires des troncs avec lesquels les nerfs sont directement en rapport.

Il est indéniable que dans les observations que nous rapportons nous trouvons la plupart des symptômes névralgiques que nous venons de passer rapidement en revue, un point cependant en diffère à peu près constamment et il est de toute importance à notre avis, c'est la bilatéralité de l'affection.

En effet, à côté des névralgies d'origine périphérique, certains auteurs admettent l'existence de névralgies d'origine centrale. Pour Landouzy, la névrite ne serait guère qu'un incident secondaire et la conséquence d'une affection primordiale du névraxe. De même Vulpian localise dans la moelle la cause des névralgies ; la douleur aurait tou-

jours pour cause prochaine une modification des noyaux d'origine des nerfs sensitifs. Ce serait en vertu de la loi de projection excentrique que les malades rapporteraient la douleur à la périphérie.

Mais on a fait remarquer avec juste raison que ce ne sont pas là des névralgies véritables, mais plutôt des accidents névralgiformes. Toutefois si dans les cas typiques, la distinction entre les deux variétés de douleurs est assez facile, il n'en est pas toujours ainsi, et, en l'absence d'autres signes d'affection cérébrale ou médullaire, on est souvent embarrassé pour assigner une origine périphérique ou centrale à une douleur paroxystique perçue sur le trajet d'un nerf. Cependant, au lieu de se faire sentir d'une façon continue pendant les paroxysmes, les douleurs d'origine centrale consistent en une série d'élancements, se reproduisant à intervalles plus ou moins rapprochés, se faisant sentir dans la profondeur du membre, mais non sur le trajet précis d'un nerf. Elles sont habituellement instantanées, comparables à celles que produit l'étincelle électrique (douleurs en éclair, douleurs fulgurantes). Parfois elles sont un peu plus durables et plus fixes, et prennent le caractère constrictif ou térébrant ; il n'est pas rare enfin qu'elles soient bilatérales.

Les rapports de ces symptômes, hyperesthésie cutanée, musculaire, contracture des membres, accidents névralgiformes, avec les lésions médullaires dans la fièvre typhoïde sont connus depuis les travaux de Lombard et Faucon-

net (1). Cependant les complications médullaires de la fièvre typhoïde sont rares. Homolle (2) a réussi 3 cas de myélite aiguë, fournis par J. Simon, Ollivier d'Angers et Vulpian. Depuis lors Raymond (3) a observé les 2 cas que nous lui avons empruntés et où une myélite ascendante survint alors que la convalescence paraissait en bonne voie. Des fourmillements, des élancements dans les membres inférieurs, puis de la parésie et de l'atrophie des muscles de ces membres furent les premiers symptômes. La paralysie ne s'arrêta pas là, envahit les membres supérieurs, les muscles du tronc et du cou, et rétrograda ensuite lentement pour se terminer par la guérison complète. Suivant Landouzy, il est parfois très difficile de distinguer les paralysies typhiques d'origine médullaire et les paralysies d'origine cérébrale, et on ne peut avec certitude incriminer la moelle que quand elles prennent une forme paraplégique ou s'accompagnent d'atrophie. L'impuissance musculaire est rarement complète et est souvent plus prononcée d'un côté que de l'autre. Ces paralysies semblent être favorisées dans leur développement par certaines causes prédisposantes et se voient de préférence chez les sujets névropathes et chez ceux qui sont affaiblis par des maladies antérieures. Elles guérissent presque toujours et les phénomènes

(1) Lombard et Fauconnet. — Etudes cliniques sur la fièvre typhoïde (1843).

(2) Cité par Lemoine in Dict. Dechambre.

(3) Raymond. — Rev. de Méd. 1885 et Th. de Maillefaire.

ties qui les ont accompagnées, atrophie et contracture, disparaissent progressivement.

Cependant les autopsies manquent pour affirmer ces lésions médullaires. En 1869, Joffroy (1) a observé les faits suivants :

Un grand nombre de malades éprouvèrent des douleurs très vives dans les muscles de la jambe et de la cuisse, le triceps sural, les adducteurs. Il y avait des douleurs spontanées avec exacerbation à la moindre pression. La moelle examinée ne fournit aucune lésion matérielle appréciable, et tout se réduisait à une légère injection des méninges. Quoique des données positives fassent défaut, on arrive par exclusion à admettre l'hypothèse d'une lésion spéciale. « Dans tous les cas, dit Grellety, où l'on voit survenir, par exemple, de la contracture des extrémités pendant la convalescence, on trouve toujours durant la maladie les phénomènes qui caractérisent la forme nerveuse et on peut affirmer qu'aussi bien que les muscles, les méninges ont souffert ». « M. Marie a bien montré l'influence sur l'inflammation des vaisseaux, des maladies infectieuses, en particulier pour la sclérose en plaques. Il se pourrait aussi que l'artérite fût le point de départ des lésions médullaires dans les myélites et autres accidents nerveux de la dothiéntérie. Peut-être le bacille d'Eberth ou d'autres microbes, apportés par les voies lymphatiques, provoquent-ils l'inflammation des vaisseaux de la moelle et secondairement celle des éléments nerveux. »

(1) Cité par Grellety.

Observations

OBSERVATION I

Lingrand Valentine, âgée de 21 ans. Entrée à l'hôpital Tenon, salle Bouillaud, le 29 juillet 1900. Sortie le 10 septembre.

A. H. — Père et mère bien portants.

A. C. — Rien de spécial à signaler. Plusieurs frères et sœurs bien portants.

A. P. — A eu la rougeole. Depuis ce temps n'a jamais été malade. Régée à 14 ans. N'a pas eu d'enfants. N'a jamais eu de crises de nerfs. Pas d'antécédents éthyliques.

Maladie actuelle. — Depuis une quinzaine de jours environ, la malade se sent mal à son aise. Elle a cessé son travail et s'est alitée il y a 7 ou 8 jours. Depuis ce moment elle souffre de la tête, céphalalgie surtout frontale. Elle a saigné deux ou trois fois du nez au commencement de la semaine dernière. Elle tousse un peu depuis quelques jours et est plutôt constipée. — A l'examen, la malade se présente avec un aspect très abattu. Cependant elle répond très bien aux questions qui lui sont posées. Elle se plaint surtout de la tête. — La peau est chaude, on constate la présence de quelques taches lenticulaires à la base du thorax.

Les tibias présentent une courbure à convexité antérieure très accusée. Pas d'autres signes de rachitisme. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords. La gorge n'est pas rouge, pas d'ulcération pharyngée. — La malade raconte qu'elle n'a pas d'appétit et qu'elle n'a pas été à la selle depuis plus de 24 heures. Le ventre paraît légèrement ballonné. La pression provoque de la douleur dans la fosse iliaque droite et de la sensibilité à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. La rate semble hypertrophiée à la percussion, mais n'est pas perceptible à la palpation.

Les urines foncées contiennent un peu d'albumine. Quelques râles sibilants dans la poitrine, surtout à la partie antérieure. — Température : matin, 39°6. — Pouls : 120.

On donne à la malade 30 gr. de sulfate de soude, régime lacté absolu, limonade vineuse. — Bains refroidis à 25°.

Température : Soir, 39°8.

1^{er} août — Etat à peu près stationnaire. La céphalée est peut-être moins intense. Les taches rosées sont plus nombreuses. — Les urines présentent la diazo-réaction d'Ehrlich.

Température : Matin, 38°4 ; Soir, 39°2.

2 août. — On continue le traitement. Bains refroidis toutes les 3 heures. La malade est plus abattue qu'à son entrée. Elle répond plus difficilement aux questions qui lui sont posées. Le ventre est encore un peu ballonné. La diarrhée jaune s'est installée. La fosse iliaque droite demeure douloureuse et on y provoque des gargouillements. Température : Matin, 38°6 ; soir, 39°4.

3 août. — Etat stationnaire. Température : matin, 38°8 ; soir, 39°2. La séro-réaction est positive à 1/20.

La température reste au-dessus de 38° jusqu'au 7 août. La malade maigrit et pâlit. Les râles ont disparu de la poi-

trine. Encore un peu d'albumine dans les urines. La diazo-réaction est moins nette.

7 août. — Température : matin, 37°8 ; soir, 39°4. La malade est somnolente, elle dort toute la journée et se montre de mauvaise humeur quand on l'éveille ; elle commence à réclamer à manger.

8 août. — Température : matin, 38°6 ; soir, 37°6. On ne donne plus de bains que quand la température dépasse 38°.

10 août. — Température : matin, 37°4 ; soir, 37°2. On cesse les bains. La malade se trouve mieux, cependant elle garde encore son caractère maussade. Plus d'albumine dans les urines. La malade est très pâle, très amaigrie. Rougeur due au décubitus, mais pas d'eschares.

Depuis le 13 août, la température est au-dessous de 37°. On commence à l'alimenter le 15.

Le 18 août, la malade raconte que depuis déjà quelques jours, elle ressent des élancements très douloureux dans les orteils et dans les pieds, que ces élancements qui étaient d'abord très espacés deviennent beaucoup plus fréquents, à tel point qu'ils l'ont réveillée la nuit précédente. En découvrant la malade, on perçoit une sorte de contracture des tendons des extenseurs des orteils qui font une saillie anormale sous les téguments. Les orteils des deux côtés sont plutôt portés sur la face dorsale. Cependant les deux dernières phalanges sont repliées vers la face palmaire. Les pieds ont une position normale.

A la palpation, on provoque de la douleur surtout au niveau de la phalangette et de la 2^e phalange. La première phalange est beaucoup moins douloureuse. La douleur semble avoir la même intensité sur tous les orteils. Avec la pointe d'un crayon on provoque de la douleur surtout sur

la phalange unguéale sans que l'on puisse trouver un point plus spécialement sensible.

La peau est hypéresthésiée et le moindre frôlement, la pression la plus légère, sont douloureusement ressentis par la malade. Celle-ci nous raconte d'ailleurs qu'elle ne peut plus supporter le poids de ses draps et nous montre qu'elle place ses pieds en abduction pour éviter leur contact sur ses orteils.

Les orteils sont seuls douloureux à la pression, bien que la malade dise qu'elle ressent des élancements et des douleurs dans le pied. La palpation des tendons extenseurs n'est pas douloureuse, pas plus que celle des masses musculaires de la jambe. La malade remue facilement ses membres inférieurs, elle ne se plaint nullement de sensation de lourdeur. Sensibilité normale tactile, douloureuse et thermique. La température locale ne paraît pas abaissée. Pas d'œdème des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont notablement affaiblis. On entoure les pieds d'une couche d'ouate et on fait une application laudanisée.

22 août. — Température : m., 37° ; s., 40°4.

23 août. — Température : m., 40° ; s., 40°4.

On supprime toute alimentation ; on ordonne de nouveau les bains au grand mécontentement de la malade qui conserve toute sa lucidité.

24 août. — Température : m., 39°4 ; s., 39°8.

La malade ne se plaint de nulle part, sauf de ses pieds qui, dit-elle, ne l'ont pas laissée encore un moment tranquille. Elle y ressent toujours des élancements, des fourmillements, des crampes et a de plus de temps en temps une sensation d'engourdissement. Au point de vue objectif, aucune modification.

26 août. — Température : m., 39° ; s., 39°4.

La diazo-réaction a reparu dans les urines. La douleur des orteils persiste, pas de modification de la coloration des téguments.

31 août. — Température: m., 37°6; s., 38°6.

La malade est mieux disposée mais elle se plaint de souffrir encore de ses pieds.

A partir du 7 septembre, la température est redevenue normale. On cesse les bains.

Le 10 septembre, comme on ne veut pas alimenter la malade à son gré, elle sort sur sa demande. Le jour de son départ, elle se plaint encore de ses orteils. Cependant elle dit que la douleur y est moins intense depuis 4 ou 5 jours; elle peut maintenant reposer la nuit.

OBSERVATION II

Engel Charles, âgé de 17 ans, ébéniste. Entré à Tenon, salle Lelong, le 21 août 1900. Sorti guéri le 26 septembre.

A. H. — Père mort d'accident. Mère bien portante.

A. C. — A perdu plusieurs frères et sœurs en bas-âge. Une sœur bien portante.

A. P. — N'a jamais eu que de petites indispositions, ne se rappelle pas s'être jamais alité pour une maladie sérieuse. Pas d'antécédents névropathiques spéciaux.

Maladie actuelle. — Le malade raconte qu'il n'est pas bien portant depuis une quinzaine de jours. Il se sentait courbaturé, souffrait de la tête, n'avait pas d'appétit. Il fut purgé, mais comme les symptômes ne s'amendaient pas, il dut s'arrêter de travailler et il commença à garder le lit il y a 6 jours.

Il entre à l'hôpital le 21 août sur le conseil de son médecin. Le soir de son entrée, 39°6 de température.

Le malade est abattu, les yeux sont brillants, les pommettes rouges. Pourtant le malade répond encore assez bien aux questions qui lui sont posées. Il n'a pas saigné du nez, il se plaint de souffrir de la tête et particulièrement de la nuque. Il ne tousse pas. Il a la diarrhée depuis déjà quelques jours.

A l'examen, on trouve la langue recouverte d'un enduit saburral, la gorge est un peu rouge. La région épigastrique est un peu douloureuse à la pression. La pression dans la fosse iliaque droite provoque de la douleur et du gargouillement. Le foie ne semble pas augmenté de volume. La rate, au contraire, donne une matité étendue et lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté droit on peut assez facilement percevoir par la palpation son bord antérieur.

Aux poumons quelques râles sibilants, rares à la partie antérieure de la poitrine. Rien de spécial au cœur. Pouls rapide, 128 pulsations. Urines : Pas d'albumine.

22 août. — Température : matin, 39° ; soir, 39°4.

Le malade est toujours très abattu. On trouve des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et quelques rares taches sur le thorax. Les urines offrent la diazo-réaction d'Ehrlich. On ordonne la balnéation à 25°.

23 août. — Température : matin, 39°2 ; soir, 40°.

La langue est sèche, rouge sur les bords, trémulante. Les lèvres sont fuligineuses. Le malade a une diarrhée jaune assez abondante. Pas de ballonnement du ventre.

26 août. — Température : matin, 39°2 ; soir, 40°2.

Le malade ne répond que difficilement aux questions qui lui sont posées. Il a de temps en temps des soubresauts des tendons.

27 août. — Température : matin, 39°8 ; soir, 40°.

Le 1^{er} bruit paraît un peu assourdi à la pointe. Le pouls est dicrote. La séro-réaction est positive.

28 août. — L'état reste stationnaire, la température reste aux environs de 40°. Traces d'albumine dans les urines.

30 août. — Température : matin, 38°5 ; soir, 39°.

Les urines sont très chargées en urée, l'état général est plutôt meilleur.

3 septembre. — Température : matin, 37°4 ; soir, 38°.

Le malade demande à manger, la langue est bonne, plus de diarrhée.

5 septembre. — La température est à 37°. Tous les symptômes ont à peu près disparu. Amaigrissement très notable.

9 septembre. — On commence à alimenter le malade.

12 septembre. — Nouvelle ascension thermique. Petite rechute qui dure jusqu'au 15 septembre sans qu'aucun symptôme du début réapparaisse.

18 septembre. — Le malade raconte que depuis la veille il souffre des pieds. Il y ressent comme des fourmillements, des élancements, qui, dit-il, l'ont empêché de dormir. Quand on l'interroge, on apprend qu'il souffre surtout des orteils, à peu près également aux 2 pieds, sans prédominance notable.

À l'inspection, on trouve les pieds dans l'extension sur la jambe. Au contraire, les orteils sont fléchis vers la plante, comme contracturés et leurs tendons extenseurs font une saillie très notable sur la face dorsale du pied. Le malade demande qu'on lui mette un cerceau au-dessus des pieds, car s'il souffre continuellement, ses douleurs sont encore exagérées par le contact des draps et arrivent à

avoir une acuité insupportable. A la palpation, les pieds semblent plus froids que le reste du corps.

Par la pression, on provoque une douleur extrême au niveau de la phalange unguéale tant sur sa face palmaire que sur sa face dorsale et que sur ses parties latérales. De même les autres phalanges sont douloureuses, mais à un degré beaucoup moindre. Avec la pointe d'un crayon, on voit que la douleur a son maximum au niveau de l'extrémité de la phalange unguéale, et au niveau des deux articulations de l'orteil. La sensibilité au tact, à la piqure, à la chaleur paraît normale. Le malade remue très facilement ses orteils, bien que ce mouvement exagère sa douleur. Les réflexes patellaires sont normaux. Pas de douleur spontanée ni provoquée le long des vaisseaux ni à la pression des masses musculaires.

20 septembre. — Le malade se plaint toujours des orteils. Il y ressent des élancements extrêmement douloureux. La douleur semble prédominer maintenant au niveau du gros orteil, remontant même le long du premier métatarsien et offrant un maximum à la pression au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne. Les mouvements volontaires ou provoqués des orteils sont toujours très péniblement ressentis par le malade.

21 septembre. — Le malade commence à se lever, mais il ne peut supporter de chaussures et il ne peut marcher, tant le mouvement et le contact du talon antérieur avec le sol sont douloureux.

23 septembre. — A la suite de plusieurs applications laudanisées et de l'immobilisation des membres inférieurs, les douleurs semblent diminuer d'intensité. Cependant il persiste une sensation d'engourdissement, des fourmille-

ments et des élancements moins violents et qui tendent à s'espacer.

25 septembre. — Le malade dit ne plus souffrir du tout, il marche facilement. La pression n'est plus douloureuse les mouvements sont exécutés avec facilité.

26 septembre. — Le malade part en convalescence.

Revu depuis cette époque, le malade dit qu'il n'a jamais plus souffert de ses orteils depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION III

Jape Emile, âgé de 38 ans, cultivateur. Entré à Tenon, salle Lelong, le 4 septembre 1900. Sorti guéri le 26 septembre.

A. H. — Père mort très âgé.

Mère morte de la poitrine.

A. C. — Frères et sœurs bien portants.

A. P. — Aurait eu la rougeole et la scarlatine pendant son enfance. Aurait eu depuis plusieurs bronchites et l'influenza il y a cinq ans. Antécédents éthyliques probables.

Maladie actuelle. — Le malade raconte qu'il est malade depuis au moins trois semaines. Il ne se rappelle plus exactement comment cela a débuté, mais depuis ce temps il tousse. Il a saigné du nez, mais extrêmement peu il y a une quinzaine de jours. Il a souffert de la tête, mais n'en souffre plus actuellement. Il s'est arrêté de travailler il y a environ dix jours, et depuis ce temps garde le lit. Bref il entre à l'hôpital surtout parce qu'il se sent faible et qu'il a toujours de la fièvre.

A l'examen, son facies ne présente rien de spécial ; il

répond facilement aux questions qui lui sont posées. La langue est humide, mais très blanche au centre et rouge à la pointe et sur les bords. Le malade a pas mal de diarrhée.

La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et on y provoque du gargouillement. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt environ.

La matité splénique paraît augmentée. Le ventre n'est pas ballonné. On aperçoit quelques rares taches dans la région dorsale.

L'auscultation des poumons fait entendre des râles sibilants et ronflants et des râles sous-crépitants assez gros aux 2 bases en arrière.

Urines. — Un peu d'albumine. Beaucoup d'indican.

Diazo-réaction positive. Température : soir, 39°8

5 septembre. — Température : matin, 39°2 ; soir, 40°.

L'état est à peu près stationnaire. On ordonne la balnéation.

7 septembre. — Température : matin, 39° ; soir, 39°8.

Au moment où on met le malade dans son bain, il se plaint de souffrir des orteils, surtout au pied droit. Il compare sa douleur à la constriction d'un étau et s'efforce de ne pas frôler la baignoire avec ses pieds, tant les moindres contacts sont douloureux.

8 septembre. — Température : matin, 39° ; soir, 39°4.

La douleur des orteils n'a pas cessé, et le malade se plaint de ressentir des crampes des deux côtés. Il a placé ses pieds en abduction extrême pour éviter le contact des draps avec l'extrémité des orteils. A la palpation, on ne perçoit pas de refroidissement des extrémités. On provoque une douleur très intense par la pression sur tous les orteils. La peau elle-même est hyperesthésiée. La sensibilité thermique est normale. Pas d'atrophie musculaire notable.

Les mouvements des orteils spontanés ou provoqués sont extrêmement *douloureux*.

11 septembre. — Température: m., 37°4; s., 37°6.

L'état général est satisfaisant. Les crampes persistent dans les orteils. Réflexes patellaires normaux. Pas de douleurs dans les reins.

14 septembre. — Les douleurs sont beaucoup moins intenses, le malade se plaint surtout maintenant de fourmillements.

18 septembre. — On a commencé l'alimentation depuis le 15. Les douleurs ont complètement cessé, les fourmillements ont disparu, la palpation, les mouvements spontanés et provoqués ne sont plus douloureux.

22 septembre. — Le malade se lève. Il se plaint d'un peu de faiblesse des jambes, mais ne ressent pas de douleurs dans la station debout ni pendant la marche.

26 septembre. — Le malade part en convalescence.

OBSERVATION IV

Goldsand Emmanuel, âgé de 16 ans, jardinier. Entré le à Tenon, salle Lelong, le 21 août 1900. Sorti guéri le 25 octobre.

A. H. — Mère morte à 35 ans, le malade étant en bas-âge. Père est resté longtemps malade, mort à 40 ans.

A. C. — Un frère âgé de 21 ans, probablement bacillaire. Sœur plus jeune que le malade d'un an, bien portante.

A. P. — Rougeole à 11 ans. — Oreillons un peu plus tard. Angines fréquentes.

Maladie actuelle. — Entre à l'hôpital le 21 août. Malade depuis 15 jours. S'est arrêté de travailler le 3 août. Depuis ce moment souffre beaucoup de la tête. A eu mal à la gorge. Tousse. N'a pas eu la diarrhée.

À son entrée à l'hôpital, râles sibilants disséminés. Râles sous-crépitants disséminés. Râles sous-crépitants à la base gauche.

Douleur provoquée dans la fosse iliaque. Langue sale au centre, rouge sur les bords. Amygdales légèrement augmentées de volume et rouges.

Taches rosées.

Rate grosse.

Température. — Matin, 39°2 ; Soir, 39°8.

22 août. — On donne au malade de l'eau de Sedlitz. La céphalalgie est beaucoup moins intense. Les phénomènes pulmonaires persistent.

Chute de la température en lysis. Atteint la normale le 25 août.

28 août. — Température. — Matin, 36°2 ; Soir, 38°2.

Le malade est plus abattu, il souffre de la tête. Les phénomènes pulmonaires se sont amendés.

29 août. — Température. — Matin, 38°4 ; Soir, 39°9.

Le malade ne se plaint toujours que de la tête. Diarrhée depuis le 22 août.

30 août. — Température. — Matin, 37°4 ; Soir, 37°7.

Le malade se trouve mieux.

L'amélioration continue, la température oscille autour de 37°.

On commence à alimenter le malade le 5 septembre.

8 septembre. — Température. — Matin, 38°4 ; Soir 39°8.

De nouveau *céphalalgie*. La constipation s'est installée depuis l'alimentation. On donne un lavement chaque jour.

13 septembre. — Température : matin, 38° ; soir, 39°4.

Jusqu'au 15 septembre, la température oscille autour de 38° atteignant 39° le soir, redescendant à 37° le matin.

20 septembre. — La température reste définitive à 37°. Les symptômes fonctionnels ont disparu.

On alimente le malade avec 2 œufs le 24 sept. On augmente progressivement l'alimentation.

26 septembre. — Le malade se plaint de souffrir depuis quelques jours au niveau de l'extrémité des orteils du pied gauche. La phalange unguéale est douloureuse spontanément, donnant l'impression de piqûres, parfois d'élançements. Le 4^e orteil est plus douloureux que les autres et la douleur s'étend jusqu'à la racine de l'orteil.

En même temps le malade accuse une sorte d'engourdissement dans tout le membre inférieur gauche. Celui-ci lui semble plus lourd que d'ordinaire ; le malade appuie lui-même avec sa main sur la partie antérieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, disant que cette manœuvre calme les douleurs qu'il ressent de temps en temps.

La pression des orteils est douloureuse surtout au niveau de l'ongle. Quand on ordonne au malade de remuer les orteils, il le fait sans ressentir de douleur, sauf pour le 4^e orteil pour lequel les mouvements exagèrent les douleurs.

Le frôlement des draps lui est pénible et le malade raconte que déjà depuis quelques jours il place son pied droit sur son pied gauche, de façon à éviter le poids des draps sur ses orteils sensibles. Pour s'endormir, il nous dit qu'il est obligé de se mettre un mouchoir noué autour du pied, lequel fait tampon entre les orteils et le drap de lit.

Les douleurs qu'il ressent de temps en temps dans le membre inférieur ne sont pas localisées. A la palpation profonde on provoque de la sensibilité surtout au niveau de l'aîne et de la région antérieure de la cuisse. Les réflexes sont normaux. On trouve quelques marbrures sur la face dorsale du pied gauche. Celui-ci d'ailleurs semble plus

froid que le pied droit. Les douleurs durent avec une grande intensité pendant six ou sept jours.

28 septembre. — Poulet. — Œufs. — Purées.

29 septembre. — Idem.

Température. — Matin ; 37°. A midi, pas d'appétit, cependant le malade se force à manger.

30 septembre. — Température : matin, 38°6 ; soir, 39°6.

Les pieds ne sont plus douloureux, ni spontanément, ni à la pression.

1^{er} octobre. — Température ; matin, 37°8 ; soir, 39°.

Le malade se trouve mieux, il redemande à manger.

2 octobre. — Température : matin, 38° ; soir, 38°6.

3 octobre. — Température : matin, 37° ; soir, 37°4.

La température est définitivement tombée et ne dépasse plus 37°.

On recommence l'alimentation le 9 octobre. Le malade commence à se lever le 10 octobre. Il se plaint de souffrir dans les cuisses, mais pas dans les pieds.

Le 20 octobre, il se plaint de souffrir de tous les orteils des deux pieds, il ne peut supporter ses chaussures.

Cette douleur ne dure avec cette intensité que pendant 2 ou 3 jours.

24 octobre. — Le malade n'a plus qu'un peu de sensibilité à la pression au niveau de l'extrémité des orteils, avec prédominance pour le gros orteil et le 4^e orteil du pied gauche.

N.-B. — Ces 4 premières observations ont été prises à l'hôpital Tenon dans le service de M. le Docteur Bourcy, remplacé par M. le Docteur Belin. Je les dois à l'extrême obligeance de M. Salomon, interne du service, qui a bien voulu me les communiquer.

OBSERVATION V

(Th. de Maillefaire) et Raymond (Rev. de Méd., août 1885)

Dothiésentérie grave. — Pendant la convalescence, symptômes de myélite ascendante. — Accidents paralytiques. — Guérison. (Observation recueillie par M. Maillefaire, élève du service.)

Le nommé Emile Dul..., âgé de 18 ans, né à Abbeville, employé de commerce, est entré le 13 novembre 1884 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, lit n° 14. Il est sorti le 23 mars 1885, après être resté 130 jours à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Ce malade nous raconte que son père est mort des suites d'une congestion cérébrale en 1881, à l'âge de 46 ans, que son grand'père maternel est mort en 1863 d'un cancer de l'estomac et que sa mère est sujette à des gastralgies.

Antécédents personnels. — Quant à lui, il nous dit avoir eu à l'âge de 5 ans une rougeole suivie d'une angine catarrhale. A 13 ans, il fut atteint d'une angine couenneuse, et eut, il y a 2 ans, en 1883, des pustules d'ecthyma à la jambe gauche ; il n'a pas d'antécédents syphilitiques.

Histoire de la maladie. — Le malade a été pris le 11 novembre, deux jours avant son entrée à l'hôpital, de malaise avec céphalalgie intense et courbature. Il éprouva en outre des vertiges et des éblouissements qui l'obligèrent à prendre le lit.

Guny

Le 13 novembre, ces symptômes allant en augmentant, il entra à l'hôpital. La température prise dans le rectum est de 41°5, la bouche est pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanchâtre, la peau chaude et il éprouve une soif intense. Le ventre est très sensible à la pression du côté de la fosse iliaque droite où l'on entend des gargouillements. On donne deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 18 novembre. apparaissent des taches rosées lenticulaires à la base du thorax et sur le ventre. Cet état persista jusqu'au 20, époque à laquelle il eut des épitaxis. A partir de ce moment, il fut pris de délire, surtout la nuit. La toux est très fréquente ; on note les signes d'une bronchite avec congestion pulmonaire ; l'expectoration est peu abondante. On lui pose vingt ventouses en arrière. Il s'alimente avec du bouillon, du lait, et il prend la potion de Tood avec 1 gr. 50 de sulfate de quinine. La température s'abaisse à 40°. Puis on lui donne 5 gr. d'acide salicylique en 3 fois.

Le 6 décembre. — Le malade prend 4 gr. de kaïrine en 3 fois.

Le 13, on cesse la kaïrine, la température est descendue à 38°8 dans le rectum.

Le 20, apparaissent des eschares sur le grand trochanter, au sacrum et dans le dos au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Le 26, le délire cesse ; on alimente le malade avec des œufs et des côtelettes sans pain.

Il commence alors à sentir des fourmillements dans les orteils.

Le 4 janvier, il est obligé de se tenir sur le ventre à cause de la douleur que lui font éprouver ses eschares.

Le 10, la plante de ses pieds repose à plat sur le lit, et

ces derniers restent pendants quand le malade est placé dans un fauteuil.

Le 14, la température est descendue à 37°2 le matin et elle remonte le soir à 39°.

Le 20, elle descend à 37° le matin et atteint 38°3 le soir.

Le 24, les fourmillements et les élancements augmentent dans les pieds.

Le 30, la température revient à la normale.

Le 5 février, on constate une faiblesse très marquée dans les jambes et dans les cuisses dont les mouvements de flexion et d'extension ne se font qu'avec difficulté. L'ichthyose apparaît aux membres inférieurs. Le sphincter anal est paralysé ainsi que le rectum.

Le 9, la sensibilité tactile est amoindrie, le malade ressent des fourmillements dans le bout des doigts et peut avec peine remuer les mains.

Le 11, les avant-bras sont atteints à leur tour, il ne peut porter ses mains à la bouche qu'en traînant les avant-bras sur le thorax.

Le 12, les bras se paralysent aussi, surtout le bras droit, qui ne peut presque plus exécuter aucun mouvement, tandis que l'avant-bras gauche peut encore se fléchir faiblement.

Les eschares se guérissent, mais il apparaît un peu d'œdème autour des malléoles du pied droit. Il éprouve de la raideur dans les articulations des genoux et des coudes.

On fait une application de pointes de feu le long de la colonne vertébrale et on lui donne 1 gr. de I K. Les muscles du dos sont paralysés.

Le 20, le malade éprouve de la faiblesse dans les mus-

cles du cou, il peut difficilement fléchir la tête sur la poitrine, et il présente quelques phénomènes dyspnéiques.

Le 24 février. — Nous examinons l'état de tous les membres paralysés : *Attitude* ; Les membres sont dans leur situation normale.

Mouvement. — Les mouvements sont beaucoup plus abolis dans les membres du côté droit que dans ceux du côté gauche, et le malade se plaint d'éprouver de la raideur dans toutes les articulations.

1° *Membre inférieur droit.* — La plante des pieds en extension exagérée sur la jambe porte à plat sur le lit. Le pied est placé dans l'adduction et les mouvements d'abduction sont impossibles. Les mouvements d'extension des orteils sont abolis.

Les muscles de la jambe sont très amaigris. La *cuisse droite* a diminué de volume, sa circonférence mesure 2 cent. de moins qu'à la cuisse gauche et le triceps est atrophié.

Les mouvements de rotation en dehors et en dedans ont presque disparu.

2° *Membre inférieur gauche.* — Les mêmes phénomènes existent dans le membre inférieur gauche, mais ils sont moins accusés, et il n'y a pas d'atrophie du triceps.

3° *Membre supérieur droit.* — On remarque un affaiblissement très marqué des muscles interosseux ; le malade peut difficilement écarter et rapprocher les doigts. Les mouvements d'extension et de flexion de la main sur l'avant-bras ont presque disparu ; la pression de la main sur le dynamomètre ne donne aucun résultat. La flexion de l'avant-bras sur le bras ne peut plus se faire.

4° *Membre supérieur gauche.* — Les mêmes phénomènes

existent dans le membre supérieur gauche, un peu moins accusés cependant.

Exploration de la sensibilité. — La sensibilité cutanée est intacte, les piqûres occasionnent de l'hyperesthésie. Le tact est en partie amoindri dans les doigts. La chaleur et le froid sont très bien perçus.

Examen électrique. — a). *Sensibilité cutanée* : La sensibilité cutanée existe dans tous les membres, un peu moins cependant dans le membre inférieur droit.

b) *Sensibilité musculaire* : La sensibilité musculaire est affaiblie dans le membre supérieur droit et dans le membre inférieur du même côté, surtout sur le dos du pied au niveau des malléoles.

c). *Contractilité musculaire.* — La contractilité musculaire est presque abolie dans le côté droit du corps, tandis qu'elle subsiste en partie dans le côté gauche.

Nous remarquons dans le membre supérieur gauche quelques contractions du biceps, des muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts. Dans le membre inférieur gauche, il existe quelques contractions dans le triceps crural, dans l'extenseur commun des orteils et dans l'extenseur propre du gros orteil.

Mouvements réflexes. — Les réflexes tendineux sont supprimés dans les membres inférieurs, mais ils sont conservés dans le membre inférieur gauche.

Le 25 février, le malade est atteint d'un œdème non douloureux de la jambe droite et des malléoles de la jambe gauche. Le membre supérieur droit est paralysé complètement.

Le 26, l'appétit est conservé, le malade éprouve de la douleur derrière le cou, et on remarque un œdème non douloureux de la jambe gauche.

Le 27, les mouvements de flexion de l'avant-bras gauche sur le bras sont diminués, les muscles de la main gauche se contractent moins vigoureusement et il tient les objets avec moins de force. Nous constatons l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, celle des muscles inter-osseux.

Les mouvements de flexion de la tête sur la poitrine reparaissent en partie.

Le 28 février, les mouvements réflexes se produisent plus faiblement dans le membre supérieur gauche. L'avant-bras gauche ne se fléchit plus sur le bras. La flexion et l'extension des doigts de la main gauche sont presque complètement abolies. L'œdème de la jambe droite a un peu disparu, et il existe une tuméfaction de l'articulation du genou. Il apparaît des troubles génésiques.

Le 2 mars, nous constatons que la paralysie s'est arrêtée dans sa marche ascendante. Il se produit quelques mouvements dans le membre supérieur droit : abduction, élévation et abaissement de l'épaule, flexion légère des doigts. Les mêmes mouvements existent dans le membre supérieur gauche.

Le 4 mars, la malade nous dit que les élancements des orteils sont moins douloureux. Le sphincter anal est moins affaibli.

Le 6, il prend 1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour. La flexion de la tête sur la poitrine est plus appréciable.

Le 7, la paralysie rétrograde ; la douleur qu'il ressentait derrière le cou a disparu. Les mouvements de rotation des cuisses en dehors et en dedans reparaissent un peu. L'ichthyose disparaît en partie aux membres inférieurs.

Le 9, les nuits sont plus calmes, le sommeil est meilleur.

Le 12, il prend 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

Le 16, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras reparaissent dans le membre supérieur gauche ; le malade peut fléchir le bras par une série de mouvements de reptation.

Le 18, il parvient à porter l'avant-bras gauche jusqu'à sa bouche. Il exécute quelques mouvements de reptation avec l'avant-bras droit.

Le 19, les élancements disparaissent dans les doigts de la main droite. Le sphincter anal n'est plus paralysé.

Le 23, le malade parvient à fléchir l'avant-bras gauche sans prendre de point d'appui sur le thorax. Il se fait transporter chez lui ; nous continuons néanmoins à nous informer de son état.

Le 31, les mouvements ont reparu dans les bras, il parvient à fléchir les doigts et à manger sans l'aide de personne. La flexion et l'extension sont revenues dans les membres inférieurs où les élancements sont aussi moins sensibles ; il ne les éprouve plus que pendant quelques heures.

Le 5 avril, le malade peut se lever et rester assis pendant une partie de la journée.

Le 15, il entre en convalescence.

Aujourd'hui 15 juin, le malade qui a beaucoup engraisé a récupéré à peu près complètement l'usage de ses membres.

OBSERVATION VI

(Raymond. Revue de Médecine, août 1885, p. 652)

Dothiésentérie. — Pendant la convalescence, symptômes de myélite ascendante subaiguë. — Accidents paralytiques. — Guérison.

Catherine Eug..., âgée de 32 ans, née à Thons (Vosges), domestique, est entrée le 27 juillet 1878, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, lit n° 10, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin suppléé par M. le Dr Raymond. Elle est sortie le 11 novembre de la même année. Son séjour à l'hôpital a été de 107 jours.

Histoire de la maladie. — La malade qui a toujours joui d'une bonne santé, qui n'est pas hystérique, ni syphilitique, et qui n'est soumise à l'influence d'aucune diathèse, entre le 27 juillet 1878, à l'hôpital. Température : 40°. Elle éprouve une céphalalgie intense, des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles, de la courbature, et elle a plusieurs épistaxis dans la journée. L'appétit est perdu, la langue est sèche et la soif très vive. Nous constatons qu'elle ressent à la pression une douleur assez forte dans la fosse iliaque droite où l'on entend des gargouillements. A l'auscultation on perçoit nettement des râles de bronchite, et on trouve un peu de congestion pulmonaire.

La malade prend deux verres d'eau de Sedlitz et 1 gr. 50 de quinine, ainsi que du bouillon et de la limonade vineuse.

Le 4 août, apparaissent des taches rosées lenticulaires à la base du thorax.

Le 19 août, la stupeur et le délire sont moins intenses ; la température est tombée à 38°. La fièvre décroît jusqu'au 24 août, la température redevient normale, et la malade entre en convalescence.

Le 3 septembre, la malade se plaint d'éprouver des fourmillements et des élancements dans les pieds et dans les jambes. Quelques jours après on constate de la parésie dans les muscles des membres inférieurs, parésie accusée surtout dans le membre inférieur gauche. Les pieds ont une attitude spéciale. Cette attitude est plus marquée dans le pied gauche. Ils reposent en partie à plat sur le lit et sur le bord externe, par suite de la paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe et des péroniers latéraux. La malade peut difficilement fléchir les pieds sur la jambe. Puis les mouvements de flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin disparaissent à leur tour. Les muscles fléchisseurs ont été atteints les premiers par la paralysie. Des eschares apparaissent au sacrum.

Exploration de la sensibilité. — Les piqûres sont peu senties dans le membre inférieur droit, surtout à la cuisse ; elles ne sont pas plus senties dans le membre inférieur gauche au niveau de la région antéro-externe de la jambe où on constate une anesthésie complète.

Sous l'influence des courants induits on remarque que la sensibilité cutanée est amoindrie, surtout dans le membre inférieur gauche. Il en est de même de la sensibilité musculaire, principalement dans les muscles péroniers latéraux.

Les mouvements réflexes persistent un peu dans la jambe droite, mais ils ont disparu du côté gauche.

Le 16 septembre, le malade éprouve des fourmillements et

des élancements dans les mains et dans les doigts ; les jours suivants ces fourmillements se propagent aux avant-bras. On constate alors de la parésie dans les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts ainsi que dans les muscles interosseux, puis la parésie s'étend aux bras, et les mouvements de flexion et d'extension des avant-bras sur les bras, ceux aussi d'élévation et d'abaissement des épaules ne se font plus facilement, surtout dans le membre supérieur gauche. Cependant la paralysie n'est pas aussi complète dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs, et les troubles de la sensibilité sont moins accusés. A ce moment apparaissent des troubles cérébraux ; hallucinations, délire. La paralysie demeure stationnaire jusqu'au 7 octobre, époque à laquelle les mouvements reparaissent dans les membres supérieurs.

Le 18 octobre, les membres inférieurs sont moins paralysés, les mouvements articulaires reparaissent.

Le 6 novembre, elle parvient à marcher seule, et le 11 novembre, elle sort de l'hôpital.

A l'époque où nous revoyons la malade, le 3 mars 1885, sept ans après le début des accidents paralytiques, nous constatons qu'elle présente encore les troubles fonctionnels suivants ;

Membre inférieur gauche. — Sensibilité cutanée : sensibilité cutanée très amoindrie, elle sent imparfaitement les piqûres qu'on lui fait, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, sur le dos du pied.

Sensibilité au froid et au chaud : la sensibilité au froid et au chaud est un peu diminuée ; cependant l'application sur la jambe ou sur le pied d'un corps froid ou chaud détermine une sensation encore appréciable.

Mouvements : Les mouvements de flexion et d'extension

des orteils sont conservés ; il en est de même des mouvements de flexion du pied sur la jambe.

Quand nous faisons marcher notre malade, nous observons de la faiblesse dans les muscles péroniers latéraux, de sorte qu'elle est forcée de marcher un peu sur le bord externe du pied ; de plus elle nous dit que dans une marche un peu longue, sa jambe fléchit sous elle, que son pied vient alors frapper le sol et qu'elle est obligée de regarder devant elle pour ne pas marcher de travers. Elle ressent aussi parfois des fourmillements et des élancements dans le pied et dans la jambe.

Membre inférieur droit. — *Sensibilité cutanée*: la sensibilité est amoindrie à la cuisse, mais les muscles de la cuisse sont moins affaiblis que dans le membre inférieur gauche. La jambe et le pied ne présentent pas de troubles fonctionnels.

Membres supérieurs droit et gauche : Sensibilité conservée dans ses différents modes ; tous les muscles se contractent vigoureusement.

Symptômes céphaliques — Nous avons constaté qu'elle éprouvait quelques hallucinations de la vue, que son caractère était bizarre et qu'elle ressentait, de temps à autre, des élancements dans la tête et dans les yeux.

En somme, l'état général est satisfaisant, et les troubles fonctionnels qu'elle éprouve encore ne l'empêchent pas de vaquer à ses travaux.

OBSERVATION VII (Barié, Rev. Méd., 1884)

En août 1877, entré dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, n° 1, un jeune garçon de 18

ans, atteint d'une fièvre typhoïde des plus caractéristiques. Jusqu'au 24^e jour, les choses s'étaient très bien passées, et le malade était entré dans la période de convalescence confirmée, quand il commença à accuser dans la cuisse et le mollet du côté gauche des douleurs tellement vives qu'il lui était impossible de poser le pied à terre.

On constate en l'examinant que ces douleurs étaient exclusivement limitées au trajet du paquet vasculaire de la cuisse; au lieu d'être localisées dans une partie du membre, elles se faisaient sentir jusque sur le trajet de la poplitée, dans la tibiale postérieure et même en haut, dans la fosse iliaque, au niveau de l'iliaque externe. On ne sentait nulle part de cordon saillant et induré. Les battements de la fémorale, de la poplitée et de la pédieuse avaient sensiblement diminué d'intensité.

En même temps, il existait un peu de gonflement du membre inférieur, mais appréciable seulement à la mensuration qui donnait :

Mollet gauche, 29 centim. 5; droit, 28 centim.;

Cuisse gauche, 33 centim. ; droite, 32 centim.

D'ailleurs pas d'œdème, pas de cyanose ni de refroidissement du membre. Au contraire, la température à la main paraissait un peu plus élevée à gauche que du côté opposé; toutefois cette différence n'était pas appréciable au thermomètre.

Ces phénomènes durèrent huit jours; puis ils disparurent complètement, et le malade put se lever et marcher sans difficulté.

OBSERVATION VIII (Barić, loc. cit.)

Jeune maçon de 22 ans, entré le 2 novembre 1877, dans

le service de M. Potain, à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, lit n° 6; pour une fièvre typhoïde dont le début remontait à quelques jours déjà. Le diagnostic était évident : taches rosées lenticulaires très apparentes, ventre ballonné, fièvre et quelques signes de congestion pulmonaire, peu prononcés d'ailleurs. Aucune complication cardiaque.

La maladie suivit son évolution naturelle et fit sa défervescence le 23^e jour. Mais, le soir même, il y eut une légère recrudescence de la température, puis apparurent de nouvelles taches rosées, suivies d'une véritable rechute.

En outre, les battements du cœur, jusque là normaux, devinrent irréguliers ; cette irrégularité coïncidait avec des intermittences du pouls, mais ne s'accompagnait d'aucune modification appréciable dans le caractère des bruits, et jusqu'alors il n'y avait pas lieu de supposer une endocardite.

Les choses restèrent en cet état du 23^e au 27^e jour ; à cette époque, la rechute de la fièvre typhoïde disparut et le malade entra dans la période de convalescence confirmée.

Le 22 décembre, c'est-à-dire 48 jours après son entrée, en pleine convalescence par conséquent le malade se plaignait de douleurs vives limitées à la face interne de la cuisse gauche, sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Elles se faisaient sentir, mais d'une manière plus modérée, au niveau de la fosse iliaque, et s'accompagnaient d'une diminution des battements des artères, mais sans la sensation d'un cordon induré le long des vaisseaux. On constatait en même temps que les veines du membre inférieur gauche étaient notablement dilatées, mais point dures, et nulle part on ne sentait sous le doigt de cordon induré correspondant au trajet de ces vaisseaux. Pas d'œdème. Le malade avait eu une fracture de la jambe gauche, et depuis ce temps, les

veines étaient toujours restées apparentes. Ce phénomène, nous a-t-il dit, devenait surtout appréciable, tout les fois qu'il se fatiguait un peu.

D'autre part, le membre de ce côté était un peu plus gros que l'autre :

Cuisse, 38 centimètres de circonférence du côté malade, et 35 du côté sain :

Jambe, 26 centimètres de circonférence du côté sain, et 27 du côté malade.

La température du membre atteint était en outre plus élevée que celle du membre sain. Ce phénomène beaucoup plus net que chez le malade précédent, était très appréciable, non seulement à la main, mais encore par l'application pure et simple, à la surface de la peau, du thermomètre, qui accusait un écart de 2/10 de degré entre la température des deux côtés.

Température de la cuisse gauche 34°1, de la cuisse droite 33°9.

Température du mollet gauche, 33°9, du mollet droit 33°7.

22 décembre. — Même état, même différence dans la périmétrie et la température. Les battements de l'artère pédieuse gauche sont complètement supprimés.

24 décembre. — La chaleur baisse à gauche, le membre diminue de volume. A partir de ce moment, les douleurs devinrent également moins vives dans le côté malade. Les battements reparurent dans l'artère pédieuse, et quelques jours plus tard, tout avait définitivement disparu.

OBSERVATION IX (Barié)

Dudéfant Charles, terrassier, âgé de vingt et un ans, entre le 9 octobre, salle Saint-Luc, n° 15. Malade depuis

16 jours : courbature, céphalalgie, épistaxis, diarrhée, toux, éruption confluyente de taches lenticulaires. Température, 40°8. Pouls, 96 ; dicrotisme léger. La fièvre typhoïde marche peu à peu vers la guérison, sans complication aucune : la convalescence arrive vers le 21, et le malade se levait depuis 2 ou 3 jours pour aller au cabinet, lorsque le 23 octobre (29^e jour de la maladie), il est pris en revenant à son lit de douleurs spontanées dans la cuisse gauche, se continuant dans le jarret et jusqu'à l'extrémité du mollet. L'exploration directe montre que ces douleurs sont profondes, nullement localisées au trajet des artères fémorale, poplitée et tibiale postérieure ; pas trace de cordon induré. Les battements de la fémorale sont faibles, on y perçoit avec le stéthoscope un petit bruissement très léger ; ceux de la poplitée, de la tibiale postérieure, au niveau de la malléole interne, ainsi que ceux de la pédieuse sont imperceptibles. Pas de fièvre. Le surlendemain, les mêmes accidents persistent ; de plus, on constate un gonflement assez notable de la jambe.

En effet, la mensuration comparative indique pour le mollet gauche 292 millimètres, et pour le droit, 280 millim. La peau n'est pas œdématiée, pas de rougeur ni de cyanose, mais refroidissement très manifeste ; le thermomètre marque pour le côté malade 33° et 33°6 pour le côté droit.

Pendant sept jours aucune modification bien sensible ne survient dans l'état local. Le malade reste couché, le membre inférieur recouvert de ouate. La santé générale continue à être excellente. Vers le 4 novembre, les douleurs cessent entièrement, les battements vasculaires reprennent leur amplitude, sauf peut être ceux de la tibiale postérieure toujours un peu plus faibles que du côté opposé. Le 7, à la sortie, le côté gauche est encore un peu plus froid que le

côté sain ; le thermomètre marque pour ce dernier 33°4 et 33°2 pour le premier.

OBSERVATION X (Barié)

Ruer Victor, 20 ans, compositeur, entre le 4 mars, salle Saint-Luc, n° 9, pour une fièvre typhoïde qui évolua normalement, sauf des vomissements fréquents pendant la période d'état ; la convalescence s'établit régulièrement, mais le 4 mai, le 65^e jour de la maladie alors que le malade se levait depuis trois jours seulement, il survient des douleurs spontanées, vers le milieu du mollet gauche, remontant bientôt vers la cuisse jusqu'au pli de l'aîne. Pas de fièvre, rien au cœur. Les battements de la pédieuse gauche sont d'une faiblesse extrême. La pression au niveau de cette artère, mais seulement à la partie postérieure de la malléole interne, est très douloureuse ; pas de cordon dur sous-cutané ; les battements de la tibiale postérieure ont diminué un peu d'amplitude. La jambe gauche est froide, le malade accuse de légers fourmillements à la face plantaire du pied ; la thermométrie locale comparative indique pour :

Pied côté malade.. 32°6. — Pied côté droit (sain) 33°4

Jambe côté malade. 32°4. — Jambe côté droit..... 33°2

Le 11 mai, les battements disparaissent entièrement dans la pédieuse gauche.

Les douleurs persistent dans le mollet et suivant le trajet de la fémorale, dont les pulsations sont moins amples que celles de l'artère du côté droit. La jambe est gonflée, sans cyanose ni infiltration œdémateuse. La mensuration des deux mollets donne pour le côté gauche 310 millimètres, pour le côté droit 30 centimètres. Seulement la température est toujours plus basse du côté gauche que du côté droit.

Pied gauche : 32° ; pied du côté droit : 33°4

Jambe gauche : 32°1 ; jambe du côté droit : 32°9

Le 13 mai, douleurs spontanées assez vives pendant la nuit dans le mollet gauche. Pas de battements de la pédieuse ; le pied est très refroidi, légèrement violacé. Le 16 mai, les pulsations de l'artère réapparaissent, mais sont encore bien faibles.

Le 24 mai, les battements sont beaucoup plus nets, mais le pied gauche est toujours plus froid que le droit : avec le thermomètre, on trouve 32°5 à gauche et 33°8 à droite. Les douleurs ont disparu. Le malade sort le 2 juin. Il existe encore un peu de gonflement du côté gauche ; la mensuration au niveau des mollets donne 308 millim. à gauche, 300 millimètres à droite.

OBSERVATION XI (Barié)

Courcy Désirée, 17 ans, journalière, entrée le 19 juillet, salle Sainte-Adélaïde, n° 16.

Fièvre typhoïde sans complications cardiaques ou pulmonaires. Le 5 août (27^e jour de la maladie) apparition de douleurs
Guny 5

leurs dans le mollet droit, exclusivement localisées au niveau du ligament inter-osseux péronéo-tibial; en ce point, douleurs très vives à la pression. Battements de la pédieuse diminuant d'intensité. Sensation de froid assez manifeste, le pied droit indique 32°7 au thermomètre, le gauche 33°4. Le 9 août, les douleurs jusque-là cantonnées au côté droit, se montrent à gauche, dans le mollet, dans la cuisse, mais moins intenses que du côté opposé. La pédieuse gauche a des battements faibles. Ces accidents persistent ainsi pendant onze jours; ils furent toujours plus marqués à droite. A la sortie de la malade, le 15 août, tout était rentré dans l'ordre.

OBSERVATION XII (Barié)

Jules Pigeonnet, 16 ans, perceur, entre le 15 février, n° 3, Salle Saint-Luc. Fièvre typhoïde sans complication. Rien au cœur. Le 22^e jour de la maladie, c'est-à-dire tout-à-fait au début de la convalescence, apparition de douleurs dans le mollet droit vers la partie moyenne; fourmillements légers dans le pied. En outre, il existe une douleur vive au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Les battements de la pédieuse ont disparu, ceux de la tibiale postérieure sont affaiblis.

Du côté gauche, il existe également quelques douleurs dans le mollet, réveillées surtout par la pression au niveau du ligament interosseux, mais elles sont moins vives qu'à droite; les pulsations artérielles ont conservé toute leur vigueur dans la pédieuse et les autres vaisseaux. Ces phé-

nomènes, d'ailleurs moins intenses que dans les observations précédentes, ont eu une durée de treize jours. A la sortie du malade, les douleurs avaient totalement disparu, et les battements artériels avaient repris leur amplitude physiologique.



Conclusions

I. Il peut apparaître dans la convalescence des pyrexies particulièrement de la fièvre typhoïde, un symptôme tardif se manifestant par des crampes très douloureuses, des névralgies ou des accidents névralgiformes, avec ou sans sensation d'engourdissement siégeant ou prédominant sur les orteils.

II. Ces douleurs sont généralement bilatérales ; elles peuvent être localisées au début pour augmenter d'étendue et d'intensité, ou au contraire, atteindre d'emblée leur intensité maxima pour régresser secondairement.

III. Il semble qu'on doive les rattacher à une influence nerveuse, que celle-ci se fasse sentir directement sur les terminaisons des nerfs ou ne soit qu'une manifestation à distance d'une inflammation médullaire, ou encore prenne l'intermédiaire des vaisseaux du membre, en participant à la formation d'une artérite pariétale.

IV. Si le pronostic en soi de la douleur des orteils n'offre aucune gravité, il doit cependant éveiller l'attention, car ce symptôme peut être le prélude de complications très graves, telles que la myélite aiguë ou la thrombose artérielle.

Vu : Le Président de la Thèse,
E. BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — L. BOYER, imprimeur, 15, rue Racine.



